



現代の医学教育における問題と展望

著者	金塚 完
雑誌名	東北医学雑誌
巻	119
号	2
ページ	133-135
発行年	2007-12
URL	http://hdl.handle.net/10097/51395

現代の医学教育における問題と展望

Medical Education, Key Questions and Prospect for Success

金 塚 完

東北大学大学院医学系研究科 附属医学教育推進センター

1. はじめに

本邦の教育は、おおむね先人の残した知識・技術を学習者の意向とは関係なくなぞり習得させる事を目標としてきた。これは日本に限った事ではなく、西欧でも修道院の教育に端を発し同様の形態が採用されてきた。この教育法は長く教育者と学習者の関係を規定し、変化の緩やかな社会で慣習や厳格な宗教戒律・伝統技術などを伝達する上で機能してきた。しかし、現代社会は知識・技術の急激な増加と革新をもたらし、常に新しい知識を習得しながら、変化する状況に応じて判断のできる人材 (competent person) の育成を必要としている。医師教育を含めた現代の高等教育は、この潮流の上に改革が進められている。

2. 医学教育における問題点

(1) 学習理論¹⁾ (Pedagogy と Andragogy: 図1) と医学生

冒頭でも述べたが、過去の教育は先人の知識を教育者が選択し、一方向的に学習者に与えることでなされた。学習の動機付けは将来のための知識を得るという画一的な社会的要請によるものである (子供教育学: Pedagogy)。これに対し現代の医学教育は成人教育学 (Andragogy) を根底に置き、学生が自律的に解決すべき問題点を捉え、必要な情報を自己で判断し習得してゆくことを重視する。この教育プロセスで指導者は学習者の自律的学習を援助・促進する役割を果たす (図2)。ここで重要なのは、「学習者が成人教育を受けるための基本的な態度を既に備えていること」が前提とされる点である。人は成長とともに経験を積み個人的な欲求を増加させ、内的には依存の状態から自立の状態へと移ってゆく (図3)。望ましい教育ではこの変化に見合った学習理論が採用されるべきであり、欧米では広くこれが取り入れられつつある。しかし本邦の中・高教育は大学への入学直前まで Pedagogy を基本とし

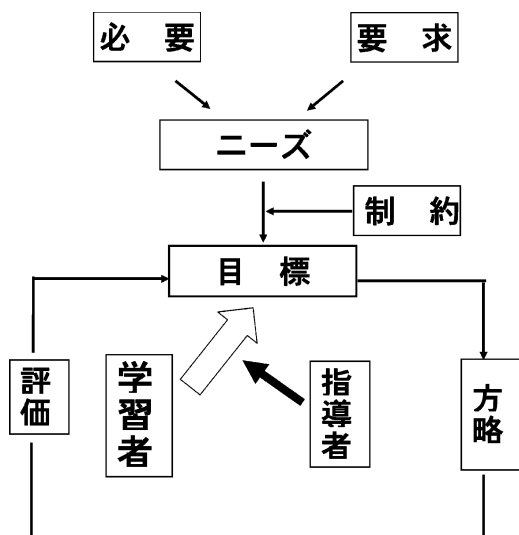
た教育である。従ってこの間に「学習者が成人教育を受けるための基本的な態度を備える」機会は少ない。

(2) 教育目標分類 (Taxonomy²⁾) と医学情報

教育に目標設定は不可欠であり、図4の教育目標分類にしたがってバランスよく設定されるべきものである。これまで本邦の医学教育は知識 (認知領域) の伝達に重点を置き、しかも多くの場合知識を単に知っている (想起できる) ことで学習者を評価してきた。この結果、知識は相互の関連性を失った膨大な断片となり、学生に問題を解釈・解決する能力が備わっていない状況をもたらした。加えて現代の医学情報は日々更新され、たとえば疾患のガイドラインは平均6年で約50%が使用できなくなる。伝達された個々の情報が将来も有用である保障は無い。さらにこのような認知領域の想起に重点をおいた教育は、結果として精神運動領域 (技能) と情意領域 (態度・習慣) の教育にかける

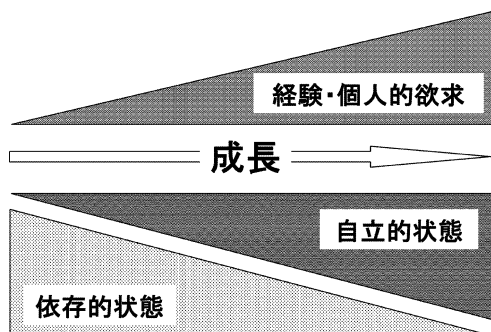
	子供教育	成人教育
自己概念	依存的	自律的
経験	重視しない	貴重な資源
レディネス	社会的圧力	役割課題
時間軸	将来役に立つ	すぐに役立つ
学習の方向付け	課目 (知識) 中心	問題 (解決) 中心
環境	権威的、形式的、競争的	相互的、協力的、非公式
学習計画	教員が立てる	学習者と教員の協同
評価	教員が行う	自己 (相互) 評価

図1. 子供教育と成人教育



*** 学習者は自立した成人であり、能動的に目的に向かう意志を備える**

図2. 教育プロセスと学習者・指導者



子供教育 (Pedagogy) → 成人教育 (Andragogy)

図3. 成長と学習理論

時間を奪い、知識と実践能力の間に乖離を生んでいる。

(3) 教育現場

本邦の医学教育の現場は多くの問題を内在する。2001年に出された「医学・歯学教育のあり方に関する調査研究協力者会議の報告」から、教育現場に関する項目の要旨を抜粋すると、1) 担当教員個人の判断で教育内容が決められ、大学間、科目間の教育のばらつ

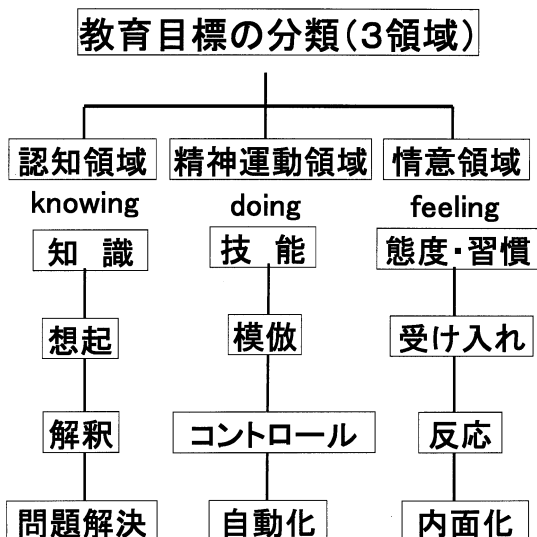


図4. 教育目標分類 (Taxonomy)

きが目立ち、到達目標・評価が十分でない、2) 基礎科目と臨床科目との間や講座間の壁で円滑な学習が妨げられる、3) 教える側(教員、教員組織)の能力、評価、向上を進める努力が十分でなかった、などが挙げられている。これらの背景には従来からの講座制のあり方や、医師は指導者となるための教育を受けてこない現実などがあり解決を難しくしている。さらに切実な問題として日本の医療体制における人材不足がある。1998年の資料として病床100あたりの医師数は日本の12.5に対しドイツ、フランス、イギリスで35.2～40.7、米国では71.6名、看護職員は日本の43.5に対して、最少のフランスで69.7名(1997年調べ)、米国では221名に達する。このような状況で欧米の教育システムをそのまま取り入れるのは無理があると言わざるを得ない。

3. 医学教育の改革に向けて

前項に対応する形で医学教育の内容を考えると、

- (1) 教育に入る前の成人教育に向けた導入教育を重視する。
- (2) 教育の拠るところを成人教育学に置く。
- (3) 伝達すべき情報は系統的・重点的であり、極端な専門偏向はさける。
- (4) 情報蓄積型から問題解決型・実践型とする。
- (5) 知識偏重から知識・技能・態度のバランス型とする。

更に、指導者の意識改革として、

(6) 指導者中心の一方的な教育形態から,学習者中心・参加の教育形態へ.

(7) 画一的情報の伝達より,問題に即した情報収集と知識の活用を重視する.

また教育体制の問題として,

(8) 分野主体 (Discipline based) から統合 (Integrated) へ.

が挙げられよう. 特に最後の分野主体の問題は現在の医学教育先進国でも過去に存在し, 時間をかけて改善されてきた経緯がある. 医学教育改革の遅れが目立つ日本では, この改革は特に重視されるべきであろう. また, 欧米の医学部入学選抜では単に知識に優れることを評価するのではなく, 種々の観点から見た人物評価に約 40~50% の重みを置く大学もあり, 入学後の医学教育を論じる前に考えるべき問題であろう.

ここに挙げた項目の多くは, 種々の教育改革に向けた提言や欧米の教育モデル (例: SPICE model, Harden RM, 1984) に紹介されたものがほとんどである. しかし依然としてこれらに抵抗を示す教育者は少なからず存在する. この原因は単純ではないと考えるが, その背景にある原因を推察すると,

- (1) 体制の異なる欧米のシステムをそのまま日本に移入しようとする傾向に不安と反発を持つ.
- (2) 自分たちが過去に受けてきた教育への信奉から抜ける事が困難である.
- (3) 教育に積極的に参加するための, 個人的な動機

付けに乏しい.

- (4) 医学研究の世界では議論の前提に科学的評価があるが, 医学教育の最終的な結果を評価するのは困難であり, 過去から新しい教育へ移行するための根拠が理解できない.

などが主なものであろう. 今後の医学教育の改革には, これらに極力答えてゆく事, Faculty Development (または Staff Development) を通して, 常に教育関連の知識普及に努め誤解と不安を除く事, 教育に参加することの意義を明確にする努力などが重要であろう. (4) は教育改革の必要性に対してしばしば出される質問であるが, 本稿でこれに答えるために, 医学教育の問題点を詳述した. そこで述べたようにこれ迄の医学教育はその根幹に多くの問題を内在しており, 新しい時代への適応がますます困難となっている. 現在の教育改革はこの問題への対応を求めて始められた点を理解する必要がある.

文 献

- 1) Knowles, M.S. (1980) *The Model Practice of Adult Education*, 2nd ed., Association Press, Chicago.
- 2) Blooms, B.S. (ed) (1956) *Taxonomy of Educational Objectives: The Classification of Educational Goals, Handbook 1: Cognitive Domain*, McKay, New York.